

L'HÉMATOMÉTRIE ACQUISE

THÈSE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 26 Juillet 1933

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur de l'Université de Nancy

(MENTION MÉDECINE)

par

Fajwel ROZENSZTEJN

Né à Mlawa (Pologne), en 1908

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :	{	MM. HOCHÉ, Professeur, <i>Président</i> .	{	<i>Juges</i>
		BINET, Agrégé.....		
		JOB, Agrégé.....		
		ABEL, Agrégé.....		

**Le Candidat répondra aux questions qui lui seront posées
sur les diverses parties de l'enseignement médical**

IMPRIMERIE CAMILLE ANDRÉ ET C^{ie}

1, BOULEVARD JEAN-JAURÈS, 1

NANCY

1933

L'HÉMATOMÉTRIE ACQUISE

THÈSE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 26 Juillet 1933

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur de l'Université de Nancy

(MENTION MÉDECINE)

par

Fajwel ROZENSZTEJN

Né à Mława (Pologne), en 1908

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :	{	MM. HOCHÉ, Professeur, <i>Président</i> .	{	<i>Juges</i>
		BINET, Agrégé.....		
		JOB, Agrégé.....		
		ABEL, Agrégé.....		

**Le Candidat répondra aux questions qui lui seront posées
sur les diverses parties de l'enseignement médical**

IMPRIMERIE CAMILLE ANDRÉ ET C^{ie}

**1, BOULEVARD JEAN-JAURÈS, 1
NANCY**

1933

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

Doyen : M. L. SPILLMANN, O *, I U.

Professeurs honoraires : MM. NICOLAS *, I U.

WEISS, O *, I U ; BOUIN, O *, I U :

ANCEL, *, I U ; GARNIER *, I U ; MACÉ *, I U ; P. PARISOT, O *, I U.

Professeurs :

Anatomie pathologique	M. HOCHE, O *, I U.
Clinique médicale	M. G. ÉTIENNE, O *, I U.
Physique	M. DUFOUR, *, I U.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	M. L. SPILLMANN, O *, I U.
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie	M. FRÉLICH, *, I U.
Physiologie	M. M. LAMBERT, *, I U.
Clinique obstétricale et Accouchements	M. A. FRUHNHOLZ, O *, I U.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	M. P. JACQUES, *, I U.
Clinique de chirurgie urinaire	M. P. ANDRÉ, O *, I U.
Histologie	M. R. COLLIN, *, I U.
Anatomie descriptive	M. M. LUCIEN, *, I U.
Clinique chirurgicale	M. G. MICHEL, *, I U.
Clinique médicale	M. L. RICHON, *, I U.
Chimie médicale	M. H. ROBERT, *, I U.
Thérapeutique	M. M. PERRIN, *, I U.
Hygiène et médecine préventive	M. J. PARISOT, O *, I U.
Clinique chirurgicale	M. HAMANT, I U.
Clinique ophtalmologique	M. P. JEANDELIZE, *, A U.
Hydrologie	M. SANTENOISE, *, *
Clinique des maladies des enfants	M. L. CAUSSADE, *, I U.
Bactériologie	M. DE LAVERGNE, *, I U.
Histoire naturelle et parasitologie	M. G. THIRY, *, I U.

Chargés de cours complémentaires :

Enseignement social de la tuberculose (1)	M. J. PARISOT, O *, I U, professeur.
Clinique des Maladies tuberculeuses (1)	M. M. PERRIN, *, I U, professeur.
Pharmacologie	M. M. PERRIN, *, I U, professeur.
Clinique des maladies tuberculeuses	M. P. SIMONIN, A U, agrégé.
Pathologie générale	M. P. SIMONIN, A U, agrégé.
Clinique gynécologique et Pathologie externe	M. A. BINET, *, I U, agrégé.
Pro-pédeutique chirurgicale	M. GUILLEMIN, A U, agrégé.
Clinique des maladies contagieuses	M. DE LAVERGNE, *, I U, professeur.
Cours d'embryologie et d'histologie	M. WATRIN, *, I U, agrégé.
Médecine opératoire	M. M. BARTHÉLEMY, *, I U, agrégé.
Electrothérapie et radiologie	M. G. LAMY, *, I U, agrégé.
Accouchements (Cours théorique)	M. JOB, *, I U, agrégé libre.
Obstétrique	M. VERMELIN, *, A U, agrégé.
Clinique propédeutique médicale	M. DROUET, A U, agrégé.
Anatomie et Médecine légale	M. MUTEL, *, I U, agrégé.
Pathologie interne	M. ABEL, *, A U, agrégé.
Clinique des maladies mentales	M. HAMEL, *, docteur.
Education physique	M. L. MERKIEN, A U, docteur.
Clinique neurologique	M. MICHON, docteur.

Agrégés en exercice

MM. BARTHÉLEMY, *, I U.
LAMY, *, I U.
MUTEL, *, I U.
WATRIN, *, I U.
VERMELIN, *, A U.

MM. GUILLEMIN, A U.
ABEL, *, A U.
DROUET, A U.
SIMONIN, I U.
BINET, *, I U.

Agrégés libres

MM. G. GROSS, *, I U ; S. REMY, I U ; BUSQUET, I U.
L. JOB, *, I U, M. FAIRISSE, I U.
M. E. TRIBOLET, I U, Secrétaire.

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.



A LA MEMOIRE DE MON PERE

*Qui m'a laissé en exemple
une haute conception du devoir*

A MA MERE

A MA FIANCEE

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR HOCHÉ,

*Professeur d'Anatomie pathologique,
Directeur du Centre Anticancéreux de Lorraine,
Officier de la Légion d'honneur*

qui a bien voulu nous faire l'honneur
de présider notre thèse

A MES JUGES :

M. LE DOCTEUR BINET,

*Professeur agrégé,
Chevalier de la Légion d'honneur,*
qui nous a inspiré le sujet de notre travail

M. LE DOCTEUR JOB,

*Professeur agrégé,
Chevalier de la Légion d'honneur,*

M. LE DOCTEUR ABEL,

*Professeur agrégé,
Chevalier de la Légion d'honneur,*

INTRODUCTION

Sur le conseil de M. le Professeur BINET, qui observa un cas d'hématométrie acquise, dont nous donnons plus loin le détail, nous avons rassemblé les observations de cette affection gynécologique éparses dans la littérature et tenté d'en faire une étude critique. Puis, grâce à ces observations, nous avons essayé de montrer l'aspect clinique et d'esquisser le traitement de l'hématométrie acquise.

D'une manière très générale, l'hématométrie consiste dans une rétention du sang menstruel dans l'utérus; elle peut être accompagnée ou précédée d'hématocolpos (c'est-à-dire de rétention du flux menstruel dans le vagin) et d'hématosalpinx. Cette rétention résulte de la fermeture en un point quelconque de la cavité utérine; le sang s'arrête, s'accumule au-dessus de l'obstacle, puis distend progressivement la cavité dans laquelle il se trouve situé.

Cet obstacle peut être soit un rétrécissement du vagin, rétrécissement siégeant assez haut, soit une sténose du col utérin. Il est ou congénital ou acquis.

Les rétrécissements du vagin sont ainsi fréquemment d'origine congénitale. Ils peuvent tenir, soit à un arrêt de développement de l'organe, pouvant aller jusqu'à l'aplasie totale, soit à des cloisons complètes ou incom-

plètes, transversales ou longitudinales, dépendant pour certains auteurs d'une soudure des replis épithéliaux si marqués au cours de la vie intra-utérine.

L'obstacle qui crée l'hématométrie peut être acquis ; il est assez rare. Le nombre d'observations publiées à ce sujet n'est pas considérable. Il est cependant fréquent d'observer dans un service de gynécologie ou d'obstétrique des sténoses du col utérin, celles-ci relevant de causes les plus variées ; mais elles créent rarement la rétention du sang des règles, ces sténoses étant dans la majorité des cas incomplètes.

L'atrésie du col utérin, et ceci est une notion banale, est d'ordre mécanique ou infectieuse. Dans le premier cas, les plaies accidentelles, les déchirures survenant après un accouchement, les escarres à la suite d'interventions chirurgicales ou de cautérisations, en sont les principaux facteurs.

Un agent pathogène relevant soit de la syphilis, soit de la blennorrhagie, peut, par le mécanisme de l'infection, produire de même une sténose du col utérin.

ETIOLOGIE

L'étiologie de l'hématométrie acquise, nous l'avons déjà brièvement indiqué, est des plus variées. Tout obstacle se développant au niveau du col utérin est susceptible de la provoquer d'emblée; tout obstacle siégeant plus bas que l'utérus, sur le tractus génital, est capable de produire secondairement le même effet. Ces transformations sont presque toujours d'origine inflammatoire.

Citons à ce sujet les paroles de PUECH; celui-ci s'exprimait ainsi ⁽¹⁾, en étudiant le développement des rétrécissements vaginaux: « Lorsque dans un but thérapeutique, on veut clore une fistule, obturer un conduit, on avive les bords, on rapproche les parties. Pour arriver aux mêmes fins, la nature réclame des circonstances analogues; si le contact, le rapprochement, est, en certains points, une conséquence de la disposition, de la manière d'être des organes, leur avivement et l'inflammation adhésive qui suit sont toujours accidentels. Tout agent susceptible d'un pareil effet a droit à figurer dans l'étiologie. »

Les facteurs qui, par cicatrisation secondaire, provoquent des rétrécissements sur le tractus génital, peuvent être rangés sous deux rubriques différentes:

1° Facteurs mécaniques.

2° Facteurs infectieux.

(1) PUECH, *loc. cit.*

Dans une troisième paragraphe, nous ferons une place spéciale aux sténoses utérines provoquées par des tumeurs.

I. — Causes mécaniques

Elles peuvent avoir plusieurs origines :

a) Un coït brutal, un viol, par le mécanisme d'une déchirure de l'hymen ou du vagin, peuvent entraîner, lors de la cicatrisation, des rétrécissements plus ou moins étendus. Les cas sont rares ; cependant, la littérature médicale en renferme quelques observations.

b) Beaucoup plus fréquentes sont les déchirures obstétricales, et en particulier au cours d'accouchements longs et laborieux. Lorsque, par suite de l'étroitesse du bassin ou de l'inertie utérine, la tête de l'enfant a stationné longtemps, les muqueuses utérine et vaginale peuvent être plus ou moins contuses, et quelquefois même présenter des escharres plus ou moins étendues. Lorsque les lésions sont profondes, une fistule vésico- ou recto-vaginale peut s'ensuivre ; lorsqu'elles sont superficielles, un rétrécissement est à redouter.

On peut encore voir ces accidents survenir après une application de forceps ou de basiotribe.

c) Des traumatismes accidentels du vagin peuvent, dans certaines circonstances, être la cause de sténoses plus ou moins éloignées de ce canal. Tantôt, il s'agit de blessures accidentelles de nature très diverse, chute sur un objet pointu, coup de corne, etc... Tantôt des corps

étrangers longtemps conservés peuvent également donner naissance à des rétrécissements ; la littérature médicale fourmille de cas de ce genre. Les objets les plus divers ont été rencontrés : débris de canule, de morceaux de bouteille, de bobines, épingles à cheveux, etc... Le port prolongé de vieux pessaires peut également provoquer des rétrécissements ou oblitérations du vagin.

d) A la suite des traumatismes chirurgicaux, réduction d'inversion, extraction de volumineux fibromes, on peut voir se constituer des cicatrices plus ou moins rétractiles.

Une place à part doit être réservée aux différents caustiques employés dans un but soit criminel, soit thérapeutique. Ces substances sont susceptibles d'entretenir un état d'irritation chronique du vagin, bientôt suivie d'une rétraction de ses parois, rétraction qui peut être si marquée qu'elle est susceptible d'entraîner un hémato-colpos suivi d'hématométrie.

Plus intéressantes, parce que plus fréquentes, sont les sténoses du col utérin à la suite de la cautérisation de ce col par le caustique de Filhos. Une technique impeccable n'est pas toujours à l'abri de semblables accidents. Ces sténoses semblent d'ailleurs moins fréquentes depuis qu'au caustique de Filhos on a substitué dans les services modernes de gynécologie, pour le traitement des métrites cervicales, l'électrocoagulation. On comprend les dangers de telles cautérisations, principalement lorsqu'elles sont inopportunément appliquées (voir observations IX et X).

II. — Causes infectieuses

Par opposition aux causes mécaniques, plaçons ici les rétrécissements du vagin de cause infectieuse. L'inflammation peut être locale ou survenir à la suite d'une maladie générale de l'organisme.

L'inflammation blennorragique peut donner secondairement naissance à des rétrécissements. RICHER, SCANZONI ont opéré une atrésie d'origine gonococcique. BRIQUET, dans son service, montrait une fille publique qui présentait une oblitération vaginale survenue dans les mêmes conditions.

Au cours des maladies infectieuses, on peut voir survenir des complications tardives :

- a) de gangrène de la vulve et du vagin ;
- b) ces accidents gangréneux apparaissent parfois en dehors de toute affection générale ou locale et au milieu des apparences de la santé.

Les cas de gangrène de la vulve et du vagin se produisent au cours des formes particulièrement sévères des maladies infectieuses, telles que la rougeole, la variole, le typhus, l'état puerpéral ; cette dernière complication est à redouter particulièrement, car la cicatrisation des escharres se faisant très lentement, entraîne presque toujours un rétrécissement du vagin.

L'esthiomène de la vulve par cicatrisation de ses ulcérations est plus rarement responsable des mêmes accidents.

Les ulcérations syphilitiques sont rarement à l'ori-

gine de rétrécissement, exception faite, toutefois, des syphilides en nappe.

Des cas de gangrène en dehors de toute affection sont cités par DUPUYTREN. Dans un premier cas, il s'agit d'une fille qui, après une nuit de débauches et d'orgie, eut les parties génitales enflammées et mortifiées. Dans un autre cas, il s'agit d'une femme de quarante-six ans, chez laquelle M. VELPEAU avait constaté des tumeurs fibreuses intra-utérines. Peu de temps après, pendant la convalescence d'une péritonite péri-ovarique, se manifesta tout à coup, et sans cause connue, une gangrène, non seulement du vagin, mais de la muqueuse qui recouvre le museau de tanche. Grâce à une médication appropriée, la gangrène s'arrête, des escharres assez nombreuses se détachent; mais le vagin, malgré les mèches et les sondes, se rétrécit considérablement. Pendant un séjour à la campagne, pendant lequel la dilatation fut suspendue, le rétrécissement fit place à une atrésie ⁽¹⁾ (DUPUYTREN).

III. — Les tumeurs malignes et bénignes du col utérin, par leur seule présence, ou par leur développement, sont susceptibles d'isoler complètement la cavité utérine de l'extérieur.

L'épithélioma, dans sa forme bourgeonnante, ou même végétante, est susceptible de provoquer ce syndrome. Il n'est pas nécessaire que cette tumeur évolue depuis

(1) DUPUYTREN, *Journal de Médecine et de Chirurgie pratique*, 1830, t. I, page 336.

longtemps; un petit noyau cancéreux du cancer endocervical, en quelques mois est susceptible d'obturer l'orifice utérin, alors qu'un volumineux cancer bourgeonnant, en chou-fleur, qui plonge dans le vagin, n'aboutira que rarement à l'hématométrie. La situation de la tumeur est donc primordiale à envisager ici. On comprend de plus facilement qu'une tumeur du voisinage (vessie ou rectum) ne créera que difficilement ce syndrome.

Depuis l'application du radium au traitement du cancer du col utérin, on peut trouver dans les revues gynécologiques d'il y a quelques années quelques cas de sténoses utérines.

Depuis que la technique curiethérapique s'est perfectionnée, ces accidents semblent plus rares. Les tumeurs bénignes, fibromes du col, polypes utérins, peuvent obstruer aussi la lumière du conduit génital. Quelques auteurs ont proposé, dans ces cas, aussi bien dans un but diagnostique que thérapeutique, de pratiquer une hystérométrie. Cette manœuvre, si elle est applicable dans quelques cas de tumeurs bénignes, doit être rejetée complètement dans les cas d'épithéliomas du col utérin. On conçoit mal, en effet, cette manœuvre à travers un col bourgeonnant, ulcéré, saignant au moindre contact. Le diagnostic, pour être posé, nous insisterons plus loin à ce sujet, ne doit s'appuyer que sur l'examen clinique.

Cette étude étiologique nous montre que les oblitérations du conduit génital de la femme, aboutissant à l'hématométrie, sont d'origine multiple.

Il importe de souligner ici l'importance que présentent les accouchements et les diverses cautérisations dans la pathogénie de l'hématométrie.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

DESCRIPTION DES LÉSIONS

Nous étudierons dans ce chapitre les diverses variétés de lésions résultant de la sténose en différents points de l'arbre génital de la femme. Lorsque cette sténose siège à la partie inférieure du vagin, l'utérus, on le comprend, ne participe pas d'abord à la distension. Le sang commence par s'accumuler dans le vagin, le dilate au maximum, et refoule l'utérus vers la cavité abdominale. En ce moment, on ne peut pas encore parler d'hématométrie; il faut dire qu'il s'agit d'un hémato-colpos.

Lorsque le vagin est distendu à la limite, l'utérus à son tour commence à se dilater, et c'est le canal cervical qui est distendu en premier lieu.

Imaginons un rétrécissement siégeant haut dans le vagin, il n'y a pas assez de place dans la cavité de celui-ci pour pouvoir contenir une grande quantité de sang, et le canal cervical se dilate presque en même temps que le vagin. Après un temps plus ou moins long, la partie supérieure du vagin et la partie cervicale de l'utérus ne font plus qu'une seule et même cavité remplie de sang. Le corps utérin se dilate ensuite; l'hématométrie proprement dite est alors constituée.

Si la sténose siège à l'orifice externe du col, l'utérus se dilate d'emblée. Les parois de l'utérus sont le plus

souvent hypertrophiées; elles peuvent être cependant très minces si la distension s'est produite rapidement; les parois utérines, alors, n'ont pu s'hypertrophier. En cas d'hématométrie associée à un hémato-colpos, le col utérin est complètement effacé, canal cervical et utérus ne forment plus qu'une seule cavité. L'orifice interne du col est-il imperméable; le col conserve ses dimensions, et seule la cavité du corps se dilate. Il est intéressant d'étudier la façon dont se comportent les trompes dans les divers cas envisagés jusqu'ici.

Plus le siège du rétrécissement est élevé, et plus le développement de l'hématosalpinx peut s'effectuer. Toutefois, on peut voir un hématosalpinx, même si la sténose siège très bas, si elle est vaginale, par exemple.

Signalons enfin que, d'après l'opinion de la plupart des auteurs, l'hématosalpinx n'est pas dû au reflux du sang venu de l'utérus dans les trompes; des observations d'OLSHAUSEN (dans SCHRÖEDER) ⁽¹⁾ sont très démonstratives à ce sujet. Cet auteur a montré que, dans la plupart des cas, les poches sanguines de l'hématosalpinx siègent à proximité de l'ouverture abdominale des trompes de Fallope, tandis que la lumière de l'oviducte peut être rétrécie, oblitérée même au voisinage de l'utérus. OLSHAUSEN conclut que l'obstacle apporté à l'écoulement du sang utérin provoque des menstruations supplémentaires au niveau des trompes.

(1) a) VON SCHRÖEDER, *Zeitschrift f. Geburtsh. u. Gynaek.*, 1882, Bd. VII, p. 202.

b) *Handbuch der Krankheiten des weiblichen Geschlechtsorgane*, 11^e édition, 1893.

On cite des cas où des kystes sanguins se sont formés dans les ovaires. Le contenu des hématosalpinx peut s'écouler par l'ouverture abdominale des oviductes. Il s'écoule petit à petit, et l'irritation produite par ce suintement dans le péritoine donne naissance à la formation des fausses membranes et d'adhérences entre les divers organes du petit bassin.

En cas de duplicité du canal génital, l'hématométrie, pour se produire dans une moitié de l'utérus, exige qu'il y ait exhalation menstruelle et atrésie du trajet génital du même côté. On discute beaucoup sur la question de savoir si, oui ou non, il y a exhalation sanguine menstruelle au niveau d'une corne rudimentaire, en cas d'utérus bicorne, mais présentant une corne plus développée que l'autre. Il n'y a pas beaucoup d'observations sur cette question, mais il est des cas où la réalité de l'écoulement menstruel dans une corne rudimentaire est démontrée. Si l'on a affaire à un utérus didelphe, à deux moitiés égales, l'écoulement sanguin peut se faire par une des moitiés seulement, ou alternativement dans l'une et dans l'autre, en sorte que la régularité des époques n'existe plus. En cas de grossesse dans une moitié de l'utérus, la menstruation peut s'arrêter dans les deux parties; il y a des cas où, chose paradoxale, au contraire, elle a continué dans l'utérus non gravide. On comprend que, dans ces divers cas, on peut voir une hématométrie s'installer dans une moitié d'un utérus double, de la même façon que dans un utérus normal.

Le caractère du liquide retenu

Le contenu d'une hématométrie est formé par le liquide menstruel, c'est-à-dire par du sang auquel s'ajoutent les sécrétions muqueuses utérine et vaginale. C'est pourquoi, d'après la situation de l'hématométrie, les caractères du liquide hématométrial pourront varier. De plus, du fait de la résorption légère du sang et de l'accroissement du mucus au cours de l'évolution, le contenu de la poche hématométriale présentera de légères variations suivant son degré de développement.

Propriétés physiques

La consistance, à peu près identique pour tous les cas, a été diversement exprimée. Le goudron, le miel, la mélasse épaissie, la gelée de groseilles, le sirop fortement cuit, le lait de beurre, ont été, par ordre de fréquence, les termes de comparaison. GROSS, dans sa thèse, décrit le liquide de la façon suivante : masse sanguine, couleur chocolat plus ou moins noirâtre, ressemblant à du goudron, épaissie, de consistance sirupeuse. Le liquide, caractérisé tour à tour de gluant, poisseux et visqueux, file longuement, lorsqu'il tombe de haut. A l'air, il prend parfois une couleur d'un rouge plus clair, mais en aucun cas il ne se sépare en sérum et caillot. En général, l'odeur du liquide est nulle, mais quelques auteurs ont signalé sa fétidité. Le nombre des menstruations, la variabilité de la perte suivant les époques et les constitutions influent sur les quantités du liquide trouvé. On cite des quantités allant de 1 à 10 kilogrammes.

Etude clinique et cytologique du liquide menstruel retenu

En 1845, un professeur de chimie de Londres, M. LETHOBY (cité par PUECH), a fait une analyse de liquide hématométrial. Voici quels sont les résultats :

Eau	875,4
Albumine	69,4
Globuline	49,1
Hématosine	2,9
Sels	8,0
Corps gras	5,3
Matière extractive	6,7

Cette analyse ne paraît pas être complète si on la compare à l'analyse de M. BELL (cité par MACÉ), qui a trouvé les proportions suivantes :

Matières solides (globules rouges, cellules épithéliales, leucocytes vivants)	10 %
Matières solides indéterminées	1,60
« Nitrogène » (albuminoïdes) total	1,43
Protéine totale du nitrogène	9

Mucine, grande quantité (non dosée).

Oxyhémoglobine, traces.

Méthémoglobine, traces.

Acide lactique: acidité à la phénolphtaléine : équivalente à 15 cc. 1/10 NaOH p. 1.000 gr. de liquide.

Calcium 0,0126 %

Fibrine Ferment 0

Fibrinogène 0

Examen bactériologique: liquide stérile.

De l'analyse de M. BELL, on peut conclure :

1° Que l'acide lactique contenu dans le sang menstruel n'est pas dû au bacille lactique ; son origine est encore inconnue.

2° Que l'incoagulabilité du sang menstruel est due à l'absence de fibrine-ferment et de fibrinogène, qui sont sans doute retenus ou détruits par la muqueuse utérine. Si on trouve parfois des caillots dans le sang des règles, on peut en déduire que la muqueuse utérine est lésée.

3° Que la présence de leucocytes en grand nombre explique peut-être la rareté de l'infection spontanée dans les cas de rétention des règles.



SYMPTOMES

SIGNES FONCTIONNELS ET SUBJECTIFS

Le premier symptôme en date est l'aménorrhée chez une femme en âge d'être réglée. Ce symptôme peut persister longtemps sans s'accompagner d'aucun phénomène subjectif. Il faut parfois plusieurs mois et même plusieurs années pour permettre au sang menstruel de s'accumuler et de distendre les voies génitales en amont de l'obstacle. La distension des voies génitales va, seulement alors, provoquer l'apparition de nouveaux symptômes dont le plus manifeste est sans conteste la douleur.

Celle-ci siège dans l'hypogastre, irradiant vers les lombes et la partie supérieure des cuisses. Elle est, en général, intermittente, parfois continue, mais avec des paroxysmes survenant régulièrement à intervalles de trois à quatre semaines environ, et qui dure trois à dix jours. GROSS a parfaitement indiqué l'origine de cette douleur: « Au début, écrit-il, les douleurs tiennent, de l'avis de tous les auteurs, à la distension de la cavité utérine par le sang, au moment de l'exhalation menstruelle, et aux efforts que fait l'organe pour se débarrasser de son contenu. Ce sont de véritables douleurs expulsives. D'autres ont pensé que la distension des parois, et notamment de la tunique péritonéale, présage-

rait un certain degré d'irritation de cette dernière. La douleur serait alors d'une autre nature. Enfin, certains auteurs ont admis, avec SAENDER, que, par suite de l'excès de tension du contenu de l'hématome menstruel, une partie du sang ne trouvant pas d'issue, pouvait refluer par la trompe et faire irruption dans le péritoine. Un fait qui paraît prouver que ce n'est pas toujours la distension de la cavité utérine qu'il faut invoquer comme cause de ces douleurs, mais bien la pénétration du sang dans la trompe et le péritoine, est que parfois, la douleur constitue le phénomène principal, alors qu'il n'y a que fort peu de sang dans l'utérus, et qu'au contraire on trouve des adhérences péritonéales, un épaissement des parois tubaires, traces évidentes d'un certain degré de salpingite et de périsalpingite. »

Puis, peuvent apparaître des troubles urinaires consistant en :

a) Besoins fréquents d'uriner qui mettent les malades dans un état d'anxiété et de souffrance difficile à décrire

b) La rétention causée par le refoulement de la vessie en haut et en avant a été plusieurs fois l'occasion du diagnostic; on a pu reconnaître l'obstacle en cherchant à pratiquer le cathétérisme.

c) L'incontinence est plus rarement mentionnée. Elle est spontanée ou accidentelle. Dans le premier cas, elle est consécutive à la rétention; dans le second, elle tient à l'accomplissement des devoirs conjugaux par l'urèthre. On peut rappeler, à ce propos, l'histoire d'un paysan qui,

prenant au propre les paroles bibliques de son curé, chercha, par cette voie, un remède à la stérilité de sa femme (PUECH).

Les voies digestives peuvent être également intéressées; il existe des nausées, et même des vomissements. Ceux-ci sont d'abord rares, et cessent avec le rejet des aliments. Toutefois, on a pu constater un état nauséux continu. Les malades ont de fréquents besoins d'aller à la selle; parfois, on voit la constipation s'installer.

L'impuissance génitale est un symptôme inconstant. Telle femme peut être impuissante, telle autre ne l'est pas; en un mot, cela dépend du siège de l'obstacle. Lorsqu'elle existe, elle ne peut être considérée comme un signe certain, car elle réclame, pour être précisée, une intervention maritale ou autre, c'est-à-dire des conditions qui manquent dans beaucoup de cas. Au reste, même chez les sujets vivant en l'état de mariage ou de concubinat, cette notion n'est point aussi facile à acquérir qu'on serait tenté de le penser, et lorsque les conjoints ont une inégale expérience, la lumière est bien lente à se faire (PUECH) ⁽¹⁾. Parfois, des plaintes du mari ont amené à la connaissance de la malformation.

Quelques observateurs parlent de tension, et même d'éréthisme douloureux des glandes mammaires; d'autres n'en font mention ou n'en parlent que pour constater leur état normal. L'époque à laquelle a été fait l'examen donne des raisons de cette discordance; pratiqué au moment des règles, ce phénomène n'indique

(1) PUECH, *De l'atrésie des voies génitales de la femme*, Paris, 1864.

rien ; pratiqué en dehors de la période menstruelle, son absence est naturelle. .

La stérilité est un trouble positif ; mais, pas plus que l'impuissance, elle ne constitue un trouble important. Comme celle-ci, elle réclame une intervention maritale. Au reste, elle n'est point spéciale à l'hématométrie ; un grand nombre d'affections peuvent la produire ou en être compliquées.

SIGNES PHYSIQUES

Le signe primordial est l'apparition d'une tumeur résultant de l'accumulation du sang menstruel dans les voies génitales atrésiées. Cette tumeur est le plus souvent arrondie à convexité supérieure, fluctuante dans la profondeur, mate à la percussion, perceptible en avant du rectum par le toucher rectal.

La consistance de cette tumeur est comparée par la plupart des auteurs à celle d'un ballon de caoutchouc rempli d'eau.

D'abord très petite, de la taille d'une orange, elle augmente lentement de volume, mais d'une façon continue ; elle peut atteindre le volume d'une tête d'adulte, et remonter jusqu'à l'ombilic (observation VII).

Elle est limitée en bas par l'obstacle (sténose utérine ou rétrécissement vaginal), sur les côtés, par la ceinture osseuse du petit bassin ; son développement est impossible vers ces régions ; c'est pourquoi, comme un utérus gravide, la tumeur, logée dans le pelvis, arrive vite

à le déborder ; progressivement, elle s'élève dans la cavité abdominale, passant ainsi par les dimensions intermédiaires à celles d'une grosse orange à celles d'une grossesse à terme.

La main sentira parfois, de chaque côté de la tuméfaction principale, une tumeur moins volumineuse due à la dilatation des trompes de Fallope, dilatation causée, comme nous l'avons indiqué, soit par un reflux du sang primitivement contenu dans la cavité utérine, soit par sécrétion sanguine compensatrice dans les trompes (voir plus haut). Quelquefois, le sang menstruel ne pouvant plus s'écouler, la cavité utérine étant distendue au maximum, la malade présente des hémorragies supplémentaires. LISFRANC et CORTEAUX les ont signalées au niveau des seins et de la vessie ; PUECH, au niveau du cuir chevelu et de la face, dont les veines étaient devenues fortement variqueuses.

En résumé, l'aménorrhée chez une femme en âge d'être réglée, des phénomènes douloureux, la coexistence d'une tumeur utérine augmentant à chaque période menstruelle, constituent les symptômes principaux de l'hématométrie.

DIAGNOSTIC

I. — DIAGNOSTIC POSITIF

Le diagnostic est en général facile à la période d'état lorsque la tumeur est bien constituée. Les différents signes que nous avons énumérés : 1° l'aménorrhée ; 2° les douleurs s'exaspérant à chaque période menstruelle ; 3° la tumeur augmentant en même temps que la douleur impose le diagnostic. Celui-ci est plus difficile au début de l'affection, lorsque la collection sanguine est minime ; mais déjà, à cette époque, le rapport existant entre le début des accidents douloureux et l'époque présumée des règles, le caractère expulsif des douleurs, dont la durée est de trois à huit jours, leur nouvelle apparition vingt-huit jours environ plus tard, leur siège à l'hypogastre, au périnée et aux lombes, peuvent mettre sur la voie du diagnostic. Il faut savoir que ces douleurs sont réduites, souvent, à de très légères coliques, que les malades elles-mêmes prennent pour un phénomène banal.

Certaines douleurs, fait paradoxal, mais cependant souvent constaté, présentent, dès le début, un caractère de continuité qui égare encore le diagnostic (douleurs durant même en dehors de la période des règles).

Dans tous les cas, le toucher vaginal (s'il est possible) est indispensable, ainsi que l'examen au spéculum (dans le cas de sténose du col utérin).

Le toucher rectal peut donner des renseignements suffisants pour faciliter le diagnostic lorsque l'hymen existe encore.

Le diagnostic devient plus difficile encore en cas d'hématométrie latérale. De même que pour l'hématométrie dans un utérus normal, l'accroissement intermittent de la tumeur est un signe important de présomption ; mais, on le comprend, il est presque impossible de se prononcer dans un cas semblable. Rappelons-nous seulement que l'autre moitié de l'utérus restant intacte, fonctionne normalement, c'est-à-dire que les règles sont presque normales à chaque période menstruelle (peut-être un peu diminuées).

Le toucher vaginal et l'examen au spéculum, en constatant l'existence d'une malformation au niveau du col, pourraient faire soupçonner la malformation utérine. HEGAR (dans la thèse de GROSS) attire l'attention sur l'importance que présente, au point de vue du diagnostic, la coexistence d'un hématosalpinx ; on constate deux tumeurs placées l'une au-dessus de l'autre, ce qui peut être un indice significatif.

II. — DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

L'hématométrie doit être différenciée d'un certain nombre de lésions ou d'états physiologiques ci-dessous énumérés.

1° De la *grossesse*.

Les cas d'hématométrie pris pour des grossesses sont assez fréquents. Bien des malades, s'imaginant être en-

ceintes, peuvent d'ailleurs imposer ce diagnostic à leur médecin hésitant.

« Vivant dans l'état de mariage et ayant à cœur d'avoir un enfant, elle se figure en percevoir les mouvements. On a vu plus encore : une fille est prise dans un état de douleurs intolérables ; on ne doute pas : ce sont les maux. Les contractions ont beau se succéder, elles n'aboutissent pas. Le médecin appelé reconnaît la lésion, applique le traitement, et sauve la vie et l'honneur de la jeune fille » (PUECH, *Atrésie des voies génitales de la femme*).

L'hématométrie latérale peut simuler une grossesse extra-utérine, et plus particulièrement une grossesse tubaire. Dans les deux cas, les règles sont supprimées, il existe une tumeur juxta-utérine, et des douleurs survenant surtout au moment des menstruations. L'examen complet peut indiquer que la tumeur n'adhère pas à l'utérus, n'est pas mobile avec lui, que le col utérin est mou, le vagin de coloration violacée, épiscopale. Enfin, si une exploration clinique minutieuse permet de soupçonner l'existence d'une duplicité utérine, avec distension de l'une des moitiés de cet utérus, l'hématométrie latérale n'est pas certaine, une grossesse pouvant évoluer dans une moitié de cet utérus. Cependant, la mollesse et la coloration spéciale du col doivent emporter le diagnostic. Rappelons cependant que le col de l'autre moitié utérine peut être également ramolli.

Certaines réactions de laboratoire peuvent d'ailleurs faire affirmer ou rejeter le diagnostic de grossesse. La réaction de ZONDECK et ASCHEIM permet ce diagnostic dans la majorité des cas. Citons comme exemple l'obser-

vation suivante: il s'agit d'une jeune femme de 24 ans qui, il y a six mois, a accouché à terme d'un enfant mort-né. Depuis son accouchement, elle présente une aménorrhée persistante, et se croit de nouveau enceinte. L'utérus est gros comme un poing et mou. Le col est considérablement ramolli. La réaction de ZONDECK et ASCHEIM est négative. Au cours d'un examen ultérieur, l'évacuation brusque d'une quantité importante de sang noirâtre permet de poser le diagnostic d'hématométrie par agglutination post-partum du col. Cette épreuve est, pour le clinicien, d'un précieux secours, puisqu'elle s'applique dans tous les cas de grossesse, que ce soit une grossesse normale, tubaire ou dans une corne accessoire.

2° De l'*hydrométrie*:

Les deux affections surviennent à la suite d'une sténose, d'une atrésie quelconque; mais chacune possède des caractères distinctifs. L'hydrométrie est consécutive à un aménorrhée, et, en général, débute lentement. L'hématométrie débute brusquement par une aménorrhée au cours d'une lésion retentissant sur le col utérin. La marche de la tumeur est différente dans les deux cas. Dans l'hydrométrie, il y a accroissement continu, et sans douleur, de la tuméfaction. L'hématométrie s'accroît par saccades mensuelles, avec exacerbation des phénomènes douloureux.

3° *Diagnostic différentiel d'une hématométrie latérale avec différentes tumeurs péri, juxta ou para-utérines.*

En cas d'hématométrie produite dans une cavité utérine d'un utérus didelphe à cols distincts, le col de la corne libre est difficilement accessible du côté opposé à la tumeur; on a l'impression que l'utérus est déplacé, et ne participe pas à la formation de la tumeur. Cependant, la partie intermédiaire aux deux moitiés cervicales étant étirée par la distension de l'une des cavités utérines, l'orifice de la partie utérine intacte se trouve allongé d'avant en arrière, incurvé avec concavité vers la ligne médiane, contre le bord médian de la tumeur; sa lèvre externe est recourbée en croissant. On aura ainsi l'impression d'une tumeur au développement de laquelle aura participé la partie médiane du col utérin, ce qui permet d'exclure toutes les tumeurs péri- et para-utérines, telles que les tumeurs para-ovariennes, les tumeurs intra-ligamentaires, les hématoécèles rétro- et anté-utérines, etc... Seul, le fibrome cervical se présenterait avec les mêmes caractères, mais les anamnestiques et la consistance de la tumeur les différencieraient.

4° Avec les *annexites* ou tumeurs kystiques des trompes, en cas d'hématométrie latérale.

Lorsque le vagin ne montre aucun vestige de cloisonnement, lorsque le toucher vaginal révèle un col utérin d'apparence normal non divisé, le diagnostic devient très difficile. On pense d'abord à une annexite, et plus spécialement à une trompe kystique, car, dans ces affections, de même que dans l'hématométrie, les troubles menstruels et les douleurs coïncident le plus souvent avec l'apparition d'une tumeur. On sait que l'hématosalpinx

accompagne presque toujours l'hématométrie latérale; ce fait augmente encore les difficultés du diagnostic.

Lorsqu'il s'agit de cette éventualité, on trouve à l'examen une tumeur plus ou moins volumineuse, formée de l'utérus distendu et de l'hématosalpinx, les deux tumeurs étant réunies et adhérentes l'une à l'autre. Cette tumeur est de consistance rénitente, elle est douloureuse (comme d'ailleurs les annexites), et son centre répond ordinairement à la région des annexes. Dans des cas nombreux cependant (voir plus haut), on peut distinguer deux tumeurs distinctes, situées l'une au-dessus de l'autre. La première est profonde, avec les caractères d'une tumeur juxta-utérine, la seconde plus ou moins bien séparée de la première par un sillon, et revêtant le caractère d'une dilatation tubaire.

Lorsque l'hématométrie existe seule, le diagnostic différentiel avec une annexite kystique est très délicat.

Parfois, la tumeur annexielle descend très bas, au point de bomber dans le vagin, comme le font les hématométries. La forme de la tumeur annexielle est en général ovoïde. Cependant, elle peut présenter des étranglements, des bosselures qu'on ne rencontre pas dans les hématométries.

La tumeur annexielle adhère à l'utérus par un pédicule plus haut situé, et conserve, le plus souvent (à moins d'adhérences étendues), une certaine mobilité.

La corne utérine hématométriée est réunie à la moitié de l'utérus intacte au niveau du col; en mobilisant la tumeur, l'ensemble, utérus et tumeur, se déplace en même temps.

D'autres caractères permettent de différencier les tumeurs annexielles d'une hématométrie latérale. Les tumeurs des annexes sont le plus souvent bilatérales. Les règles sont douloureuses, diminuées de quantité, mais subsistent en général. Il y a des écoulements leucorrhéiques, qu'on ne voit que très rarement dans le cas d'hématométrie latérale. Il s'agit alors d'une lésion de l'autre moitié de l'utérus. Il n'y a pas d'accroissement brusque de la tumeur au moment des règles, ni d'exacerbation de la douleur.

5° Avec une *hématocèle*: en cas d'hématométrie latérale.

Un diagnostic différentiel délicat à faire est celui de l'hématométrie latérale avec une hématocèle enkystée, intra-péritonéale. Dans les deux cas, la palpation peut indiquer la présence d'une tumeur émergeant au-dessus **du** pubis, rénitente, arrondie, nettement délimitée. Au toucher vaginal, on sent la tumeur située en arrière, et, sur un des côtés de l'utérus, lui adhérant et faisant bomber un des culs-de-sac vaginaux. L'utérus lui-même est refoulé vers le côté opposé.

Cependant, la tumeur de l'hématocèle est plus arrondie, sphérique, peu mobile, refoule l'utérus en avant, et parfois l'élève. Le corps utérin semble enchassé au milieu de la tumeur qui remplit et déborde le bassin. L'hématométrie, au contraire, donne lieu à une tumeur plutôt allongée, piriforme et mobile, latérale. Lors même que la tumeur existe déjà depuis un certain temps, elle peut être fluctuante, tout au moins rénitente; s'il s'agit d'une hématométrie latérale; tandis que dans l'hémato-

cèle datant déjà de plus de quinze jours, une partie du sérum du sang épanché s'est déjà résorbé, et la tumeur donne une sensation caractéristique, la crépitation neigeuse. Le début des accidents peut être brusque dans l'une et dans l'autre affection. Mais l'évolution diffère dans les deux cas. Une hématocele, à moins de complications spéciales, prend une consistance de plus en plus ferme, durcit et diminue de volume; devient parfois inégale de forme, et de moins en moins sensible. L'hématométrie, au contraire, augmente de volume, progressivement, le plus souvent par poussées successives, et devient de plus en plus tendue et douloureuse.

En résumé, on peut dire que le diagnostic d'une hématométrie dans un utérus normal est facile (à condition d'y penser). Il n'en est pas de même de l'hématométrie dans une moitié d'un utérus double. Le diagnostic, dans ce cas, est difficile; de plus, on ne songe pas à cette anomalie qui est aussi rare que les tuméfactions salpingiennes sont fréquentes. Ce sont surtout les anamnétiques, les troubles dysménorrhéiques, la constatation d'une tumeur juxta-utérine, avec variation de volume coïncidant avec la période des règles, qui doivent mettre sur la voie du diagnostic.



PRONOSTIC

Le pronostic des rétentions des règles est toujours sérieux. Il est en raison directe du développement de la tumeur et de sa plus ou moins longue évolution ; car, plus les organes ont été longtemps distendus, moins ils sont aptes à revenir à leur état primitif.

On évaluait autrefois à 25 % les cas des morts (y compris les hématométries par sténose congénitale). Mais, grâce à une thérapeutique mieux conçue, et peut-être moins temporisante, la gravité de l'affection a notablement diminué, comparativement à ce qu'elle était autrefois, pour les observations des dernières années.

Deux complications graves de l'hématométrie peuvent assombrir le pronostic. Ce sont :

1° La rupture de la poche (surtout lorsqu'un hémato-salpinx est associé) ;

2° L'infection de cette poche.

1° La loge utérine, ou la poche utéro-vaginale, résiste bien, et pendant longtemps, à la pression exercée par le sang des règles sur ses parois. Celles-ci, d'ailleurs, répondent souvent par une hypertrophie compensatrice qui, toutefois, peut ne pas empêcher la rupture. Elle se produit le plus souvent au niveau de la portion cervicale de l'utérus, en un point où les fibres utérines offrent moins de résistance. Le sang s'écoule alors dans la ca-

vité abdominale. D'autres fois, l'utérus, déchiré, déverse son contenu dans le tissu conjonctif rétro-vésical; le liquide hématométrial (PUECH, *loc. cit.*), fait irruption dans la vessie et s'écoule avec les urines.

Dans un cas, le sang se serait frayé un chemin à travers les échancrures sciatiques, et aurait apparu sous la fesse gauche.

L'hématosalpinx donne au pronostic une gravité toute spéciale. Les parois tubaires ne peuvent, comme les parois utérines, répondre à la distension, par une hypertrophie aussi marquée; aussi, la rupture de l'hématosalpinx est-elle fréquente, et peut se produire par des mécanismes divers. Il en résulte une inondation péritonéale d'autant plus grave que le contenu épanché est plus septique; on cite quelques cas de mort par péritonite suraiguë (observation n° VI).

2° L'infection de la poche transforme le contenu sanguinolent de celle-ci en un liquide plus ou moins purulent. Il s'agira alors de pyocolpos, pyomètre, pyosalpinx. La rupture du pyosalpinx ou du pyomètre entraîne le plus souvent la mort par péritonite suraiguë.

SCHRÖDER pense que la terminaison la plus fréquente de l'hématométrie latérale est la rupture spontanée à l'extérieur. Il donne, pour expliquer cette terminaison favorable, l'explication suivante: la tumeur est accolée à un canal vaginal ouvert, dont elle n'est parfois séparée que par une mince paroi. Cette paroi peut être facilement perforée. Cependant, la perforation occupe le plus souvent la cloison qui sépare les deux moitiés de l'utérus; il est plus rare que la cloison vaginale soit per-

forée. Une autre terminaison favorable, au dire de SCHROEDER (cité par GROSS), est constituée par l'arrêt de la menstruation du côté où siège la sténose, avec fonctionnement compensateur de la corne utérine voisine, restée normale.

TRAITEMENT

La marche progressive des accidents, les souffrances continuelles, le nombre minime de guérisons spontanées (observation n° V), le danger constant que l'inaction fait courir, tout plaide en faveur d'une intervention chirurgicale. Un traitement médical qui, ici, ne sera que palliatif et temporisateur, ne peut être envisagé dans une hématométrie constituée.

La nécessité de l'intervention chirurgicale admise, il est nécessaire d'en examiner les diverses modalités suivant le siège de l'atrésie. Nous indiquerons dans les paragraphes suivants le traitement de l'hématométrie succédant à une atrésie du vagin et du col de l'utérus; puis nous envisagerons celui de l'hématométrie latérale; dans un dernier paragraphe, nous comparerons les diverses méthodes, et nous indiquerons brièvement les indications.

I. — ATRESIE DU VAGIN, HEMATOCOLPOS, HEMATOMETRIE

A. — Méthode directe.

B. — Méthode indirecte.

B. — La méthode indirecte consiste à ouvrir la tumeur par la vessie ou le rectum, et à établir une fistule permanente entre la tumeur et l'une de ces deux cavités.

PUECH s'élève avec raison contre cette manière de faire. Il écrit : « Je ne sais si cette proposition a rencontré des adhérents, mais, en tous cas, elle est peu faite pour en avoir. On veut éviter ainsi la péritonite, et on s'expose à percer deux fois la séreuse qui descend en arrière du vagin. »

A. — La méthode directe, plus logique *à priori*, cherche à évacuer la tuméfaction en établissant une communication durable entre l'utérus et l'extérieur pour que le sang menstruel puisse s'écouler librement. On pratiquera cette évacuation, et c'est ici une règle formelle, plus que dans toute autre intervention, en dehors de l'époque supposée des règles. LYON l'indique nettement : «... Il va sans dire qu'on fera mieux d'attendre la fin de la période menstruelle pour opérer. A ce moment, en effet, les hémorragies sont plus à redouter, de même que les phlegmasies, étant donné le mouvement fluxionnaire dont sont le siège les organes génitaux » (1).

Mais si la vie de la femme est en danger immédiat, il n'y a pas à hésiter : il faut opérer, même pendant la période menstruelle. On luttera contre les accidents hémorragiques qui peuvent survenir par les moyens habituels (auto-hémothérapie, augmentation de la coagulabilité, etc...).

Dans les cas d'urgence, où l'on doit agir promptement, la méthode la plus simple pour permettre l'écoulement du sang, est de ponctionner au trocart pour soulager la malade. La ponction simple, pratiquée par voie basse, peut être effectuée également avec un bistouri.

(1) Thèse de Lyon, Paris, 1887.

La ponction n'est, du reste, pas applicable à tous les cas; il faut, pour y avoir recours, que la tumeur soit facilement accessible par le vagin. La ponction peut présenter un danger sérieux. « Il est évident, écrit LYON, que lorsque l'utérus est surdistendu par du sang, il s'élève dans le ventre ainsi que les trompes. Supposons qu'ainsi déplacé de sa situation normale, il contracte des adhérences péritonéales, et que tout à coup on en retire le sang qui s'y trouve enfermé. Dégagée de son contenu, la matrice tend à reprendre sa place. De là, des tiraillements sur les adhérences inflammatoires qui peuvent se rompre et devenir la source de divers accidents. Mais on peut éviter cet accident en faisant l'évacuation utérine suffisamment lentement. »

On aura soin, après cette intervention, de bourrer le vagin avec des mèches stériles, de faire des lavages vulvaires et des injections vaginales avec un antiseptique approprié (par exemple: solution de sublimé à 1 pour 1.000), pour éviter l'infection du sang menstruel qui ne s'est pas encore écoulé de la cavité utérine mise en communication avec l'extérieur. Du reste, il faudrait surveiller la malade, le thermomètre à la main, et, si l'on constate le moindre signe d'infection, et si les injections antiseptiques pratiquées se révèlent insuffisantes, il est nécessaire de pratiquer de suite une large excision de la cloison vaginale.

Si aucun phénomène infectieux n'apparaît, le meilleur procédé est assurément de laisser l'utérus et le vagin se rétracter spontanément, et évacuer la collection hématométriale. Dès que ces deux cavités sont redevenues normales, on achève l'intervention en traitant

l'atrésie. Si l'on est en présence d'une bride vaginale, rien n'est plus facile que de la sectionner; la guérison définitive sera plus sûrement assurée en pratiquant l'excision. En cas d'incision seule, en effet, les lambeaux muqueux flottants dans le vagin peuvent ne pas s'atrophier tout de suite; et même s'ils s'atrophient, il reste souvent à leur place une sorte de bourrelet épais qui peut gêner la malade au cours de sa vie génitale ou lors d'un accouchement ultérieur. Le seul inconvénient que présente l'excision, c'est l'hémorragie qu'on peut d'ailleurs arrêter par un tamponnement serré du vagin.

Plus difficile est la conduite à tenir en présence d'une sténose étendue. L'exécution opératoire de la ponction est presque impossible, parce que le vagin est sténosé dans une grande partie de sa longueur, et que la tumeur se trouve haut située, et difficilement accessible. Il s'agira alors avant tout de préparer l'accès de la tumeur par une opération préliminaire de débridement du vagin atrésié. On peut être amené, après ablation du tissu cicatriciel, à combler la perte de substance ainsi formée à l'aide de greffes muqueuses et cutanées; la surveillance très minutieuse de la cicatrisation sera toujours indiquée; il faudra encore craindre, dans la suite, des rétractions toujours possibles, et tâcher d'y remédier en recourant à des séances de dilatation. ALBUCASIS conseille l'usage du bistouri pour sectionner les brides, et consécutivement, l'usage fréquent du coït comme moyen de dilatation (cité par LYON).

En cas de brides vaginales minces, l'incision simple suivie de dilatation digitale, ou mieux à l'aide de bougies de Hégar ou d'un ballon de Champetier de Ribes peut

donner de bons résultats. Ces résultats sont d'ailleurs plus favorables lorsqu'il s'agit de sténose congénitale; ils sont moins encourageants lorsqu'on se trouve en présence de rétrécissements cicatriciels. Le tissu fibreux qui forme ces brides étant dépourvu de fibres élastiques, se prête mal à la distension.

II. — VAGIN NORMAL, ATRESIE OU STENOSE DU COL UTERIN

Hématométrie avec ou sans hématosalpinx

Le traitement des sténoses du col à la suite des cautérisations (observations IX et X) peut être pratiqué au moyen de la simple dilatation de l'orifice cervical. Les tentatives peuvent ne pas être couronnées de succès; on peut pratiquer alors la dilatation sous anesthésie (HARTEMANN).

Si l'on constate l'existence d'une tumeur obstruant le canal cervical, on ne peut songer à pratiquer une dilatation brutale d'un col plus ou moins ulcéré et fongueux; il est plus indiqué d'envisager l'ablation de la tumeur, puis de traiter l'hématométrie. L'intervention est plus discutable s'il s'agit d'un épithélioma; suivant les caractères de celui-ci, l'état de la malade, une hystérectomie vaginale pourra être pratiquée; mais il est important, en cas de tumeurs très étendues, de laisser évoluer une hématométrie (c'est heureusement une éventualité rarissime), et de traiter simplement la tumeur par des applications de radium sous prétexte qu'elle est inextirpable (observation n° VIII).

Hématosalpinx

Une hématométrie, avec ou sans hémato-colpos, nous l'avons montré, peut se compliquer d'hématosalpinx. Le traitement est alors plus complexe. Pour GROSS: « L'hématosalpinx, en effet, ne saurait se vider par l'ouverture vaginale d'un hémato-colpos ou d'une hématométrie, sauf dans les cas où existerait une communication facile entre la cavité utérine et la poche tubaire. Si la communication n'existe pas, ce dont on sera assuré par la constance du volume de la tumeur salpingienne, après la ponction, l'hématosalpinx exposera toujours la malade à des accidents ultérieurs, et notamment à la rupture. Celle-ci peut se produire, soit par suite de pressions exercées sur la tumeur abdominale, soit spontanément par suite de la décompression résultant de l'évacuation de l'utérus qui ne soutient plus l'hématosalpinx. Le seul traitement qui doit être préconisé, si les manœuvres précédentes échouent, est l'ablation de la trompe distendue après laparotomie. S'il existe deux hématosalpinx, le mieux est de pratiquer une hystérectomie totale.

La guérison, nous insistons sur ce fait, peut survenir après simple ponction de l'hématométrie; il est donc indiqué de débiter par elle; si, dans les quelques jours qui suivent, l'hématosalpinx ne s'est pas vidé dans la poche utérine, il est imprudent d'attendre davantage; l'intervention, étant donné le risque de rupture de la trompe et de péritonite consécutive, doit être pratiquée.

M. le Professeur BINET (observation I) a pratiqué chez une de ses malades l'hystérectomie totale. M. BINET croit qu'en cas d'hématométrie avec hématosalpinx, il

vaut mieux intervenir par voie abdominale. L'évacuation de la collection utérine ne suffit pas toujours à amener la disparition de l'hématosalpinx et les risques d'infection persistent. Comme la malade de mon Maître, M. BINET, était une femme de 48 ans, il écrit avec raison : « L'opération radicale, qui n'avait chez notre malade, à un âge voisin de celui de la ménopause, aucun inconvénient majeur, me paraît avoir été une mesure de prudence parfaitement justifiée ». Il peut y avoir intérêt à pratiquer semblable intervention.

En cas d'atrésie de l'orifice interne du col (surtout chez les vieilles femmes), on peut avoir recours à une intervention chirurgicale des plus simples, au moyen d'instruments spéciaux, dont le principe rappelle celui des urétrotomes. L'appareil de SIMPSON en est un des types (cité par SCHRÖDER), il est simple et d'un usage facile : il est formé d'une lame que l'on peut faire saillir à l'intérieur de sa gaine au moyen d'un déclic ; après l'avoir poussé dans l'orifice utérin, on le retire rapidement, tout en appuyant sur le déclic. On incise ainsi un côté, puis, après une nouvelle introduction, l'autre côté de l'orifice interne.

GREEHALGH et MARTIN ont armé l'instrument d'une seconde lame ; les deux incisions latérales se font ainsi en même temps. Les incisions, même très profondes, traversant toute la partie supérieure du col, ne procurent pas, du reste, à elles seules, une dilatation durable. Les lèvres de la plaie ont tendance à se réunir. Aussi faut-il, après l'intervention, dilater fréquemment l'orifice utérin.

III. — TRAITEMENT DE L'HEMATOMETRIE LATERALE

En cas d'hématométrie latérale, même avec vagin bien conformé, la ponction présente déjà quelques difficultés. Si elle est assez souvent facile, elle reste cependant toujours une méthode aveugle qui expose à de nombreux risques : la blessure d'organes voisins, la difficulté d'évacuer le liquide hématométrial, l'infection opératoire ou secondaire, la rupture d'un hématosalpinx concomitant sont les accidents possibles. S'il s'agit d'une hématométrie développée dans la corne rudimentaire d'un utérus bicorne, on risque, à la faveur d'un mouvement brusque, de traverser avec le trocart le péritoine ou de blesser quelque vaisseau du ligament large. On peut citer quelques cas mortels après semblable ponction.

Celle-ci laisse, après évacuation des caillots, une vaste poche. La poche hématique convenablement vidée se rétrécit progressivement, d'abord par suite de la contraction des éléments musculaires de ses parois ; plus tard, par un processus de rétraction et de cicatrisation. Mais on peut observer des récidives par suite de la fermeture du trajet du trocart évacuateur. Pour éviter semblable accident, on a eu recours au tamponnement de la poche (POZZI) ⁽¹⁾. D'autres pratiquent la dilatation du trajet et, en laissant un certain temps un tube de caoutchouc à demeure ; d'autres, enfin, excisent une partie de la paroi du segment inférieur de l'utérus supplémentaire

(1) POZZI, *Traité de Gynécologie*, 3^e édition, 1897.

hématométrié. Le procédé qui nous semble donner le plus de sécurité est celui de SCHRÖDER: il consiste à suturer la muqueuse de la poche utérine à la muqueuse vaginale. Après avoir pratiqué la ponction, pour empêcher la récurrence dans une hématométrie, et pour permettre au sang de s'écouler plus sûrement, LAKIE (cité par GROSS) met en communication la poche d'une hématométrie latérale avec la cavité utérine intacte, en passant avec un gros drain qu'il laisse quelques jours à demeure à travers la paroi médiane de la poche et de l'utérus normal. Pour traiter un hématosalpinx compliquant une hématométrie latérale, on a proposé de pratiquer une laparotomie préliminaire, et de pratiquer, seulement après, la ponction vaginale. Il semble, puisqu'il faut inévitablement pratiquer la laparotomie, plus simple d'enlever en même temps hématosalpinx et hématométrie. FULD, dans ce cas d'hématosalpinx, fait de la laparotomie la seule méthode de choix, à condition d'être employée rapidement, car les nouvelles menstruations, en distendant de plus en plus la trompe, augmenteront les chances de rupture de celle-ci.

Castration et salpingectomie

LÉOPOLD (cité par GROSS) enleva les deux ovaires chez une femme dont l'hématométrie s'était développée dans une corne utérine rudimentaire, et parce que cette corne était intimement fusionnée à l'utérus. La castration double, combinée à la ponction aseptique de la poche par le vagin, ou par l'abdomen, est une méthode rationnelle, et, mettant à l'abri de toute récurrence, les ovaires

doivent être enlevés, si l'on veut mettre complètement la femme à l'abri d'hémorragies se produisant au cours des règles dans la poche utérine supplémentaire (LOCHLEIN, observation XXXIII, thèse de GROSS). La castration a pour elle sa très grande simplicité et une très grande bénignité. C'est une opération pouvant être faite rapidement chez des malades dont l'état général est mauvais, et qui ne supporteraient pas une opération de longue durée.

Ablation de la tumeur, avec conservation de la moitié utérine intacte:

C'est la méthode la plus radicale et la plus conservatrice à la fois. C'est la technique employée par le Professeur GROSS (observation XII) pour une malade; il enleva l'utérus, siège de l'hématométrie, avec les annexes du même côté, laissant intacte la partie saine. Cette méthode est applicable seulement dans les cas suivants:

1° lorsque dans un utérus double, les deux parties sont nettement séparées;

2° lorsque l'hématométrie siège dans une corne accessoire nettement délimitée. On conserve, de cette façon, à la femme, la possibilité de grossesses ultérieures.

Si, au contraire, on a affaire à un utérus bicorne, l'opération n'est pas toujours possible, car il faudrait pratiquer une section en plein tissu utérin pour séparer les deux moitiés de l'utérus malformé. Si, après l'ouverture de l'abdomen, on se trouve en présence d'une héma-

tométrie latérale, dans une corne utérine, on doit, pour mettre la malade à l'abri de tous risques, pratiquer une hystérectomie.

IV. — VALEUR COMPARATIVE — INDICATIONS

La ponction n'est, dans la majorité des cas, qu'un moyen palliatif, pouvant amener des complications (accidents infectieux), et incapable d'éviter une récidue. Toutefois, elle peut être employée comme moyen d'exploration ou de nécessité, lorsque la femme est gravement atteinte, et qu'une opération plus complète est impossible. La ponction, enfin, peut être complétée par des incisions du col avec suture bi-muqueuse (voir plus haut : procédé de SCHRÖDER).

Les indications du traitement curatif diffèrent suivant la variété de la malformation. Comme celle-ci ne peut que rarement être reconnue sans laparotomie, il faudrait en principe commencer par faire une laparotomie exploratrice. Il en est ainsi dans l'hématométrie latérale.

En cas d'utérus double, dont les deux parties sont bien séparées, on enlève après laparotomie la moitié d'utérus distendue avec les annexes du même côté.

S'il s'agit d'un utérus bicorne, l'ablation de la lésion sera, le plus souvent, impossible. Dans ce cas, nous avons bien deux utérus distincts, mais une seule cloison médiane qu'il faudrait diviser en deux parties. L'intervention serait difficile, et d'ailleurs limitée, car, même si elle réussissait, la paroi correspondant à la lésion de

la corne subsistante perdrait une partie de ses fibres musculaires, d'où risques de rupture ultérieure. Aussi doit-on faire dans ces cas l'hystérectomie abdominale totale. On se bornera à faire la castration double si l'état général de la femme est mauvais.

OBSERVATIONS

OBSERVATION N° I

Complication d'une gynatrésie chez une femme de 48 ans.
Cas observé par M. le Professeur BINET, et publié dans le *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie* (mars 1928).

M^{me} F..., actuellement âgée de 48 ans, a eu à l'âge de 21 ans une grossesse normale, suivie d'un accouchement sans aucun incident. Les suites de couches furent parfaitement simples. M^{me} F... a toujours été réglée régulièrement. Elle n'a jamais accusé de douleurs abdominales.

En juin 1927, elle eut ses règles, comme de coutume. Mais en juillet, vingt-huit jours environ après les dernières règles, M^{me} F... fut prise de vagues douleurs dans l'hypogastre et dans les lombes, et d'une rétention d'urine complète. Elle fit mander son médecin habituel qui, percevant une tumeur volumineuse à développement abdominal, pense à un fibrome utérin et à des accidents urinaires consécutifs à ce fibrome. Après avoir sondé la malade à deux ou trois reprises, il me demanda de procéder à l'examen de M^{me} F... et d'intervenir si besoin était. A la palpation abdominale, on percevait, en effet, dans la région hypogastrique, une tumeur volumineuse, remontant jusqu'au voisinage de l'ombilic, tumeur paraissant assez dure, ou du moins très tendue. Le toucher vaginal était rendu presque impossible par l'existence d'un cloisonnement transversal, situé à l'union des deux tiers inférieurs et du tiers supérieur du vagin, et empêchant le contact du doigt avec le col utérin. Cette femme ayant toujours été réglée régulièrement, et ayant encore eu ses règles très normalement

le mois précédent, on pensa, à tort d'ailleurs, que le cloisonnement vaginal était incomplet et qu'il persistait un petit orifice transformant cette cloison en un diaphragme, et c'est cette erreur d'interprétation qui empêcha de s'orienter franchement vers le diagnostic réel. Le toucher rectal confirmait les renseignements du palper abdominal.

En raison de la persistance des accidents urinaires, en raison aussi du volume de la tumeur, une intervention chirurgicale était réclamée par la malade elle-même. Cette intervention fut pratiquée à la Pension Bon-Secours, dès le lendemain de l'examen.

La laparotomie exploratrice sous-ombilicale conduisit immédiatement sur un utérus distendu à l'extrême, de forme globuleuse et parfaitement régulière, se continuant sans aucune démarcation avec le vagin, le col utérin était complètement effacé. Des deux trompes, la gauche avait conservé son calibre à peu près normal ; la droite, au contraire, très distendue, atteignait le volume du pouce. On reconnut alors qu'il s'agissait d'une hématométrie, avec hémato-colpos partiel et hémato-salpinx. On pratiqua une ponction à la partie inférieure de la tumeur liquide, et, avec la trompe à eau, on aspira tout le contenu de la collection liquide. Le sang avait conservé toute sa fluidité, il n'y avait aucune coagulation. Cette aspiration terminée, il fut très facile de pratiquer une hystérectomie totale. Puis, comme il restait au-dessus de la cloison vaginale une petite portion du vagin qui avait été le siège de l'hémato-colpos, on incisa crucialement la cloison vaginale et on draina par voie vaginale la petite cavité sus-jacente au moyen d'un gros drain. On termina par une péritonisation soigneuse, et on ferma la paroi abdominale en trois plans. Les suites opératoires furent remarquablement simples, et sans aucun incident. La malade guérit dans les délais normaux.

OBSERVATION N° II (PUECH)

Une femme de 24 ans est surprise en 1814, dans la forêt de Fontainebleau, et fut contrainte, par la force, à souffrir les caresses brutales de plusieurs Cosaques. A la suite, les règles se supprimèrent. Les saignées, les sangsues furent impuissantes à les rappeler. Après un examen attentif, DUPUY-TREN débrida l'adhérence des grandes lèvres. Un sang noir, putride, infect, sortit en grande quantité ; le ventre diminua ; l'écoulement sanguinolent devint puriforme, puis muqueux, et finalement la guérison eut lieu.

OBSERVATION N° III (PUECH) (1)

Atrésie du col utérin, suite d'inflammation. Accidents menstruels. Rupture de l'obstacle et écoulement d'un sang noir à la suite d'un paroxysme.

Joséphine S... est une fille de 23 ans, forte, robuste et sujette à de nombreux accès d'épilepsie. Les menstrues sont apparues à quinze ans, et ont, jusqu'à ces derniers temps, présenté une régularité parfaite. Les circonstances dans lesquelles elles se sont supprimées peignent mieux que toute épithète l'intelligence de cette jeune fille. Dans les premiers jours du mois d'août 1857, elle se trouvait seule dans une aire lorsqu'elle fut accostée par un individu de son village. Après s'être apitoyé sur son sort, il lui offrit de la guérir. Le moyen est trop simple pour n'être pas compris à demi-mot.

Cet événement fit époque dans sa vie ; les règles qui se montraient à la fin du mois, ne reparurent plus. A leur place,

(1) PUECH, *loc. cit.*

se manifestèrent des douleurs de reins, des maux d'estomac, et parfois des vomissements. Cet état, qui durait de quatre à cinq jours, nécessita le lit et s'accompagne d'accès d'épilepsie plus violents ; en même temps, le ventre se développait.

Cet accroissement progressif, rapproché des autres circonstances, fit admettre l'existence d'une grossesse. Le médecin de l'endroit, consulté, partagea cette opinion et, le 21 janvier 1858, cette fille entra à la Maternité de Toulon, pour y rester jusqu'après ses couches. Vu le certificat du médecin, je m'abstins de la visiter ; ce fut seulement un mois après qu'il fut procédé à son examen. L'abdomen est développé comme au cinquième mois de la grossesse ; par le palper, on perçoit, au-dessus du pubis, une tumeur arrondie, occupant tout le petit bassin, qu'elle déborde en haut. Cette tumeur n'est autre chose que l'utérus amplifié. Le col utérin est arrondi, dur, un peu abaissé, et légèrement raccourci ; la muqueuse du vagin a sa coloration normale. L'extrémité du col est conique, et le méat ne laisse point échapper de mucus glaireux. On ne détermine point de ballottement, mais la main placée à l'hypogastre constate, avec la transmission du mouvement, une sorte de fluctuation. Le stéthoscope, placé en divers points, ne perçoit aucun bruit ; les seins sont gonflés, fermes, mais l'aréole n'en est point brunâtre. C'était là une rétention des menstrues. Au moment où l'on se proposait d'aviser à la cure, la violence des douleurs expulsives amena la rupture de l'obstacle placé dans la cavité du col. Un flot de sang noir, épais, s'écoula de l'utérus, et fut suivi, pendant huit jours, d'un écoulement goutte à goutte, auquel succédèrent des fleurs blanches. Le ventre s'affaissa, les douleurs disparurent, et le toucher fit constater un méat largement entr'ouvert, admettant la phalange unguéale. De son côté, l'utérus est revenu sur lui-même, mais il reste un peu plus volumineux qu'il ne l'est chez les filles nullipares. Quelque temps après, elle avait une perte sanguine qui n'était autre chose que ses règles.

OBSERVATION N° IV

Atrésie du col consécutive à un premier accouchement. Accidents pendant sept ans. Opération. Guérison. Expulsion de fausses membranes tubulées, formées dans les trompes par le sang coagulé (BARNOTTE, *Annales médicales de la Flandre occidentale et Gazette Médicale de Paris*, 1857, page 223).

M^{me} L..., à la suite d'une première grossesse, eut une suppression complète des règles. Dans les premiers temps, cette suppression n'altéra en rien la santé, mais, au bout de quelques mois, il lui survint, dans les lombes, la région inférieure du ventre et le haut des cuisses, des douleurs qui se répétèrent chaque mois, en augmentant graduellement d'intensité et de durée. Plus tard, paraît au-dessus du pubis une tumeur qui, de mois en mois, prit un accroissement lent, mais continu. En même temps, survinrent des vomissements, des coliques, du spasme et quelques signes de grossesse. Cela durait depuis sept ans, lorsque M. BARNOTTE fut appelé. Les douleurs étaient très violentes, et presque sans relâche ; le ventre était énorme ; la miction difficile, et parfois impossible ; vomissements, coliques, diarrhée. Par le palper, on reconnut une tumeur molle, sans bosselures, ni inégalités, s'étendant du pubis à l'épigastre, et de l'une à l'autre fosse iliaque. A l'aide du spéculum, on voit que le vagin se terminait en une sorte de demi-sphère à convexité inférieure, très dépressible, fluctuante, n'offrant aucune cicatrice, ni indice de perforation antérieure.

La vessie et le rectum ayant été vidés, la patiente fut placée en travers du lit. Le spéculum fut appliqué, et une ponction fut faite avec le bistouri à travers la demi-sphère existant au fond du vagin. Aussitôt un liquide brun, épais, inodore, en jaillit abondamment : l'écoulement continua ensuite d'une manière lente. La plaie fut maintenue béante par des mèches et des injections fréquentes furent poussées dans la cavité utérine. Pendant quelques jours, tout alla bien ;

mais bientôt survinrent des frissons, de la fièvre, des douleurs abdominales et des signes de péritonite. Peu après, les symptômes cessèrent, et la malade guérit. Quelque temps après, elle rendit à plusieurs reprises, par le vagin, de longs cylindres qu'elle prit pour des vers ; c'étaient de fausses membranes en forme de tubes formées dans des trompes par le sang qui s'y était coagulé.

OBSERVATION N° V (citée par PUECH)

Oblitération étendue à tout le vagin, rétention menstruelle. Quatre opérations restent infructueuses. Pendant une époque menstruelle, violent effort d'expulsion, suivi de l'écoulement du sang ; depuis, passage des règles par cet étroit conduit.

M. BARTH lit à la Société Médicale du Haut-Rhin l'histoire d'une occlusion complète du vagin, à la suite d'une parturition difficile. Le travail de l'accouchement avait duré trois jours ; mais s'était terminé par les seuls soins de la sage-femme ; pendant les couches, il y eut longtemps des douleurs dans les parties génitales ; neuf mois après, l'époque menstruelle fut caractérisée par de vives douleurs abdominales qui durèrent quatre à cinq jours et se calmèrent par de fortes transpirations, sans écoulement de sang. Avant, déjà, le mari s'était aperçu que le vagin n'avait pas ses dimensions normales. L'examen montra, à deux centimètres de profondeur, une occlusion complète du vagin, derrière laquelle on ne sentait pas la présence de liquide. Une première tentative d'opération coupa le plan muqueux transversal à une certaine profondeur, sans résultat, et M. BARTH jugea prudent d'attendre l'époque menstruelle qui s'annonça comme les autres fois par des douleurs atroces, comparables à celles de l'enfantement.

La seconde opération, faite peu de temps après la cessation de ces douleurs, exigea la division des parties coupées

une première fois, et qui s'étaient réagglutinées ; puis, coupant couche par couche et écartant les membranes, tantôt avec le doigt, tantôt avec la sonde, on réussit à pratiquer un canal d'environ cinq centimètres de longueur. Une dernière cloison se présente, tendue et résistante ; on l'incise, et on tombe dans un canal ouvert, mais vide, de deux centimètres de longueur, dans lequel on ne trouve pas le col de la matrice, mais dont le poids, cependant, se fait sentir. On arrêta l'opération, de peur de blesser le rectum ou la vessie, et on convint d'attendre une nouvelle époque menstruelle, en cherchant à tenir ouvert le canal pratiqué, à l'aide des mèches de charpie. Cependant, la tendance au rétrécissement était telle qu'il fallut, dans une troisième opération, fendre de nouveau ce qui avait été divisé et se servir, pour maintenir le canal ouvert, de pinces à anneau, et d'un cylindre en bois revêtu de linge, ce qui entraîna un écoulement leucorrhéique très fétide. Malgré tous ces soins, les règles s'annoncèrent comme les autres fois sans couler, et avec bien de la peine on peut décider la malade à une quatrième tentative opératoire. Il fallut inciser de nouveau la cloison supérieure ; puis, au-delà, on fit encore une autre incision sans oser aller plus loin. Cependant, les dernières incisions se refermèrent, et une nouvelle époque menstruelle arriva ; cette fois, à la suite d'un violent effort d'expulsion, la femme sentit un craquement, et le sang coula aussitôt avec un grand soulagement. En examinant la malade, on ne trouva d'autres ouvertures que celles déjà pratiquées ; une sonde de femme y pénétra facilement et monta très haut. Depuis, les règles se sont reproduites par cet étroit conduit qui donne aussi issue à un écoulement leucorrhéique fétide et brûlant.

OBSERVATION N° VI (citée par PUECH)

M^{me} G..., 53 ans, ayant cessé d'être menstruée depuis quatre ans, eut, après un abus de coït, un flux sanguin par la matrice qui se reproduisit à des époques irrégulières. Au bout

de quelque temps, le sang disparut, et le ventre se tuméfia au point de descendre jusqu'aux genoux ; vomissements répétés d'une manière analogue au marc de café ; marasme et mort. Le col était repoussé et oblitéré par une tumeur stéatomateuse existant au côté droit et au-dessus de ce col. L'utérus énormément développé, à parois excessivement minces, contenait une quantité prodigieuse d'une matière analogue à celle que la malade avait vomie, et qui remplissait également l'estomac et le duodénum. On trouva une perforation dans un point où l'utérus et l'estomac adhéraient ensemble.

OBSERVATION N° VII

S. BURGER, *Soc. de Gyn. et d'Obst.*, février 1932

Il s'agit d'une femme de 53 ans, ayant eu six accouchements, qui nous vient parce que, depuis six semaines, elle a des douleurs diffuses, parfois violentes, dans le bas-ventre. Depuis deux ans environ, elle a une sensation de pesanteur dans le bas de l'abdomen et constate une augmentation progressive de volume, peut-être plus rapide dans les deux derniers mois. Amaigrissement notable pendant ces dernières six semaines, inappétence, sensation de soif intense. En 1921, à la clinique, elle a été traitée pour ménorragies au radium, après curettage de l'utérus fibromateux correspondant comme taille à celle d'une grossesse du troisième mois. Après un traitement, règles normales jusqu'en 1926, où les hémorragies deviennent très irrégulières, et de nouveau plus abondantes. Nouveau curettage, et, vu l'absence de toute malignité, traitement aux rayons X de l'utérus dont la taille est la même qu'en 1921. L'aspect de la malade fit reconnaître que son état général a certainement souffert, quoique son état de nutrition soit encore suffisant. Dans les urines, ni albumine, ni sucre. L'abdomen a considérablement augmenté de volume par une tumeur irrégulière émergeant du petit

bassin, dépassant l'ombilic, de consistance irrégulière, en partie dure, en partie kystique. A l'examen combiné, on sent, dans l'axe, le col de l'utérus, et par-dessus, cette grosse tumeur de la taille d'une tête d'adulte dont la consistance inégale se reconnaît encore plus facilement, assez fixée, et, vers la droite du bassin, une infiltration douloureuse. On pose le diagnostic de probabilité de cystocarcinome de l'ovaire, et on décide d'intervenir. Après ouverture de l'abdomen, on reconnaît qu'il s'agit d'une tumeur de l'utérus peu mobile. Cependant, on réussit à pratiquer une extirpation subtotale. La section passe à travers une partie cervicale très élargie, à tissu friable. Aucune lumière du canal cervical ne se perçoit. Sur la face postérieure du ligament large droit, plusieurs nodules durs, blanchâtres, reposant sur une vaste infiltration, remplissant la moitié du bassin. Le moignon cervical, complètement muré, dans des infiltrations, est laissé en place. La pièce opératoire constitue une tumeur de la taille d'une tête d'adulte, en partie dure, en partie kystique. En la sectionnant, on constate que la partie kystique est constituée par la cavité utérine très fortement dilatée et remplie de sang, et communiquant assez largement avec la trompe droite transformée en hématosalpinx. La tumeur ayant envahi les parties basses du corps avait complètement fermé le canal cervical, et ainsi donné lieu à la formation d'une hématométrie ; elle-même présente quelques parties nécrotiques.

OBSERVATION N° VIII

Pyométrie et hématométrie dans le cancer du col, avant et après curiethérapie. GUYOT, JEANNENEY et VARRIN (Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie, mars 1928).

M^{me} D..., 71 ans, cultivatrice. Aucun antécédent héréditaire ou collatéral. Une pleurésie à quarante ans ; depuis, très

fragile. Rhumatismes. Réglée à 15 ans, règles régulières, abondantes, non douloureuses. Pertes blanches dès cette époque. Une grossesse à terme, sans incident, à 25 ans. Depuis, quelques petites pertes jaunâtres. Ménopause à 50 ans. Appareils normaux, sauf légère dyspnée.

Histoire de la maladie. Pendant l'hiver de 1925, a une grippe assez sérieuse, avec congestion pulmonaire. Depuis cette époque, sont apparues des pertes rosées et des douleurs siégeant au niveau du bas-ventre, ayant le caractère des coliques expulsives, et irradiant vers les cuisses. Amaigrissement sensible. Au palper abdominal, on constate un gros utérus, remontant à mi-distance de l'ombilic et du pubis. On pense à un fibrome ou à un épithélioma du corps. Au toucher, le col est scléreux et ulcéré ; les culs-de-sac sont libres ; on pense à un cancer intra-cervical.

En passant l'hystéromètre, écoulement abondant de sang. On dilate alors le col sous anesthésie pour faire une biopsie et on voit venir une énorme quantité de sang brunâtre, en même temps que le corps utérin diminue un peu de volume. Les jours suivants, écoulement hématurulent par le col. Légère élévation thermique. La biopsie ayant été positive, une application de radium est faite ; elle est suivie d'une parfaite guérison locale. La malade, revue en novembre 1927, est en très bon état. On comprend que chez cette femme de 71 ans, il ne peut pas être question de rétention de sang menstruel. Le sang qui dilatait l'utérus était d'origine tumorale (saignement de néoplasme).

OBSERVATION N° IX

LIEPMANN, *Aetzstriktur der cervix. (Geschsch. für Geb. und Gyn. zu Berlin, 8 juillet 1920, in Zeitschrift für Geb. und Gyn., 1911, t. LXVIII, 1^{er} fasc., p. 160).*

Il s'agissait d'une femme de 47 ans, chez laquelle on avait pratiqué des cautérisations très énergiques du col (la

nature du caustique employé n'est pas indiquée dans l'observation). A la suite de ce traitement, les règles avaient cessé ; la malade était ainsi aménorrhéique depuis neuf ans ; mais chaque mois, à l'époque des règles, elle ressentait de violentes douleurs dans le bas-ventre et dans la région sacrée, et l'état général s'était profondément altéré, si bien que le médecin traitant avait pensé à un cancer de l'utérus.

A l'examen, LIEPMANN trouve l'orifice du col complètement oblitéré par un rétrécissement cicatriciel ; l'utérus augmenté de volume, plus gros que le poing, était flanqué, à gauche, d'une volumineuse masse annexielle. La laparotomie fut extrêmement laborieuse, l'utérus et les annexes adhéraient très fortement à l'épiploon et à l'intestin, particulièrement à l'S iliaque, qui présentait, sur une surface large environ comme une pièce d'un franc, un épaissement d'apparence néoplasique. La malade guérit, et les troubles dont elle avait souffert disparurent presque instantanément. L'examen de la pièce montra qu'il s'agissait d'une hématométrie : le canal cervical était complètement oblitéré par une cicatrice fibreuse, sur une étendue d'un centimètre et demi environ ; la cavité utérine, très distendue, formait une sorte de géode dont les alvéoles, grosses comme une noix, contenaient un liquide muco-sanguinolent de couleur chocolat. Les annexes droites étaient normales ; à gauche, elles étaient transformées en une grosse masse kystique ayant la forme d'une cornemuse, et qui était un hématosalpinx. L'ovaire était étalé à la surface du kyste tubaire et presque entièrement confondu avec lui. L'examen histologique ne montra pas trace d'une dégénérescence maligne quelconque.

OBSERVATION N° X

*publiée par HARTEMANN, ancien chef de clinique
à la Maternité Départementale de Nancy*

Il s'agit d'une grande multipare, M^{me} R..., qui, depuis son dernier accouchement datant de juillet 1930, souffrait de

pertes jaunâtres abondantes, résistant à tous les traitements et constituant une véritable infirmité. Gros col couturé dans tous les diamètres, avec grosse ulcération métritique. Après avoir essayé les thérapeutiques banales, je me suis décidé, quelques jours après les dernières règles (1^{er} au 7 février 1931), à faire, sur ce col, une application de néofilhos que je fis porter d'emblée sur tout le trajet cervical béant. Perd un peu de sang pendant une quinzaine, puis tout rentre dans l'ordre, et les pertes blanches disparaissent complètement. Les règles de mars n'ont pas eu lieu, et cette personne, habituée à des grossesses répétées, se considérait comme enceinte. Elle a bien eu quelques douleurs à l'époque où les règles auraient dû venir, mais n'y a prêté que peu d'attention. Le 2 avril, jour anniversaire des règles, apparition de violentes douleurs dans le bas-ventre. Aucun écoulement sanguin. Prévenu par téléphone, je pense naturellement à une sténose du col, et je prie la malade, habitant loin de Nancy, de venir me trouver. Utérus gros et sensible. Rien aux annexes. Tentatives de dilatation du col sans succès. Je fais entrer la malade en clinique, et dilate son col sous anesthésie. Dès l'ouverture du col, il s'écoule du sang en abondance, sang lipoïde avec caillots noirâtres. Je terminai par un petit curettage. Début mai, les règles réapparaissent, précédées des douleurs, puis s'effectuent très abondantes. Nouvelle dilatation d'entretien, courant mai. Mais alors que j'avais passé en avril sous anesthésie de gros calibres de bougie, je ne puis cette fois introduire qu'avec peine les trois premiers numéros. Dans les mois qui suivent, je perds de vue la malade dont les règles viennent à dates régulières, mais qui, dans l'intervalle de celles-ci, expulse avec douleurs et sensations lipothymiques à plusieurs reprises de petits caillots noirâtres.

En novembre, je revois la malade inquiète de ces écoulements ; son col a belle apparence, certes, mais s'est à nouveau sténosé, et n'admet qu'avec peine l'hystéromètre, et je suis obligé, pendant plusieurs mois de suite, de faire avant

chaque époque menstruelle de la dilatation pour éviter la reproduction de ces accidents.

Il est bien évident que si cette femme redevenait enceinte, on serait amené à pratiquer une césarienne, fait assez navrant.

OBSERVATION N° XI

NEUGEBAUER, in *Thöma : Zur Ätiologie der Gynatresien Monatschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie*, 1913.

Femme âgée de 31 ans. Depuis 13 ans, bien réglée. Elle a eu la variole, il y a quatre ans, en même temps, des pertes muco-sanguinolentes. Après la variole, les rapports sexuels deviennent impossibles à cause d'un rétrécissement du vagin. Les règles s'arrêtent pendant huit mois, et provoquent des douleurs dans le bas-ventre.

Un jour, après un mouvement forcé du corps, écoulement de sang par le vagin. Après ce jour-là, les règles redeviennent normales. A l'examen, on trouve un rétrécissement à trois centimètres de l'entrée du vagin ; en arrière et à droite, on trouve un orifice par lequel la sonde peut pénétrer.

OBSERVATION N° XII

Utérus double, hématométrie latérale, hématosalpinx. Extirpation, guérison. Observation du Service de M. le Professeur GROSS (in thèse de GROSS).

Louise M..., originaire d'Epinal (Vosges), est une jeune femme de trente ans. Elle entre, le 12 décembre 1898, dans le service de M. GROSS, à l'hôpital civil de Nancy, salle VI, lit 1. Réglée à 15 ans, régulièrement ; elle s'est mariée à 19 ans, et a eu trois enfants dont le dernier seul est vivant,

et a aujourd'hui six ans. C'est à cette époque que l'on peut faire remonter le début de la maladie actuelle. Après ce dernier accouchement, la malade fut de nouveau réglée, mais l'écoulement sanguin, au lieu de s'établir d'emblée comme autrefois, ne commençait qu'au bout de deux jours. Pendant ces deux jours, la malade constatait à peine un léger écoulement sanguinolent qui s'accompagnait de douleurs abdominales très vives, localisées surtout à gauche. Dans le flanc gauche, se montrait en même temps une tumeur qui disparaissait ainsi que les douleurs le troisième jour, pour céder la place à l'écoulement sanguin franc. La même symptomatologie se reproduit à chaque époque menstruelle jusqu'à il y a un an environ. Du mois de février au mois de mai 1898, la menstruation est supprimée en tant qu'écoulement sanguin ; mais chaque mois, pendant deux ou trois jours, la malade éprouvait des souffrances analogues à celles qui, les mois précédents, accompagnaient les règles. En même temps qu'elle éprouvait ces douleurs dans le flanc gauche, elle voyait s'accroître brusquement la tumeur qu'elle y avait constatée. Son état général était mauvais, nous dit-elle, quand subitement, dans le courant du mois de mai, elle eut une perte de sang extrêmement abondante, après laquelle la tumeur disparut complètement, ainsi que les douleurs. Depuis le mois de mai, ces douleurs périodiques mensuelles recommencent, et les règles sont à nouveau complètement supprimées. A son entrée à l'hôpital, la malade, bien que maigre, présente un état général satisfaisant. A la palpation du ventre, on sent, dans la région iliaque gauche, une tumeur du volume d'une tête de fœtus environ, régulièrement arrondie, lisse, s'étendant vers la ligne médiane, la dépassant légèrement, remontant assez haut dans le flanc, mais qui, au dire de la malade, était plus bas située qu'autrefois. Cette tumeur est mate à la percussion, fixe, dure, légèrement rénitente. Au toucher, le col est à droite, très élevé, un peu déchiré, l'utérus complètement en latéro-position droite. On sent dans le cul-de-sac latéral gauche une tumeur volumineuse, réguliè-

rement hémisphérique, dure, douloureuse, qui ne semble pas être fluctuante, on reconnaît par le toucher bi-manuel que cette tumeur, et celle perçue par la palpation ne font qu'une ; l'exploration est douloureuse. La tumeur est fixe, on ne peut la mobiliser. En présence de ces symptômes, on porte le diagnostic de tumeur juxta-utérine ou d'une tumeur annexielle. On opine pour cette dernière hypothèse, en raison des douleurs. Cependant, vu les particularités notées par la menstruation et les antécédents, un des assistants pense à l'existence d'un utérus double avec rétention des règles dans la cavité utérine gauche. Une intervention opératoire est décidée et pratiquée le 21 décembre par M. le Professeur GROSS, avec l'aide de M. le Docteur MICHEL, chef de clinique, et de MM. MELNOTTE et GROSS, internes de service. Après laparotomie, on enlève la tumeur.

En examinant la pièce de près, on lui reconnaît la plus grande ressemblance avec un corps utérin hypertrophié. En effet, dans sa portion inférieure au rétrécissement (portion cervicale), la surface interne présente des saillies irrégulières, vaguement palmées, formées par le relief de faisceaux musculaires sous-muqueux, et rappelant par leur aspect les deux arbres de vic de la portion cervicale de l'utérus normal. La moitié située au-dessus de l'étranglement (cavité du corps) montre, au contraire, sa surface interne à peu près unie et lisse. A la partie supérieure, il est impossible de reconnaître l'orifice de la trompe. A la partie inférieure, on voit une petite dépression à peine perceptible qui est le vestige d'un orifice externe du col. De l'examen de la pièce, comme des faits, des rapports constatés pendant la laparotomie, nous pouvons conclure qu'il existait, chez notre malade, à côté d'un utérus ayant à peu près la forme d'un utérus normal, une tumeur à paroi musculaire, dilatée par une collection sanguine ancienne, tumeur qui présentait tous les caractères d'un deuxième utérus à col atrésié, introuvable par le toucher, avec hématométrie consécutive. Cette tumeur, située à gauche de l'utérus, était attenante au ligament large,

proéminente dans le vagin, et surmontée d'un volumineux kyste hématique qui n'était autre que la trompe gauche dilatée en hématosalpinx. Enfin, il s'agit bien ici d'une hématométrie, on ne peut incriminer un avortement ou le développement d'une grossesse, car dans la masse sanguine retenue dans la poche utérine atrésiée, on n'a rien trouvé qui puisse ressembler à des débris fœtaux, aucune trace de caduque n'a été constatée sur la muqueuse utérine.

Etiologie de cette hématométrie latérale :

Si l'on envisage l'hypothèse qu'une seule moitié de l'utérus possédait une activité physiologique, c'est-à-dire que le sang des règles et les grossesses provenaient seulement d'un côté, il faudrait admettre alors que seul le côté droit était dans ce cas (on trouvait, d'ailleurs, une déchirure du col droit, marque d'accouchements) ; écartons cependant cette hypothèse, puisque l'hématométrie, dans notre cas, siégeait à gauche. On doit donc admettre qu'il existait un écoulement sanguin menstruel du côté gauche. On sait aussi qu'en cas d'aménorrhée dans une moitié d'un utérus double, on peut voir le flux sanguin s'installer dans cette partie après quelque congestion pelvienne ; sous la dépendance de conditions particulières, telles que le travail physique violent, grande fatigue, excitation génitale ou gravidique, le flux menstruel peut reparaitre. Cela est à la rigueur possible, mais chez notre malade, deux grossesses et deux accouchements successifs n'auraient produit d'abord aucune modification suffisante pour amener les règles après la délivrance. Pareil effet ne serait survenu qu'après une troisième grossesse. Si l'on admettait la dernière hypothèse, on devrait interpréter notre cas d'hématométrie de la manière suivante : au début de l'installation du flux menstruel, seule la moitié droite de l'utérus était active ; puis, à la suite de congestions pelviennes, la moitié gauche de l'utérus commençait son activité normale, lorsque le col s'oblitéra secondairement et amena la rétention du sang.

Cependant, une hypothèse plus probable est à envisager. La menstruation existait dès le début des règles des deux côtés, et l'hématométrie du côté gauche serait survenue à la suite d'une atrésie acquise de l'orifice du col du même côté. GROSS explique l'origine de cette affection de la manière suivante : « On pourrait admettre l'aggravation d'une atrésie primitivement peu marquée, sous l'influence de l'irritation due à la difficulté de l'écoulement menstruel par un orifice anormalement conformé. Le col de l'utérus supplémentaire, dit Pozzi, quand il existe, est atrophié, existe à peine sous forme d'un trajet fistuleux traversant l'épaisse paroi de la poche. Dans de telles conditions, l'atrésie totale n'est-elle pas facile ? Si l'atrésie ne s'est produite qu'après la troisième grossesse, que nous supposons avoir eu lieu dans l'utérus droit, il est possible que, lors de l'accouchement, il se soit fait, ou bien une déchirure du col droit, s'étendant au col gauche rudimentaire, avec atrésie cicatricielle consécutive, ou bien, ce qui serait plus probable, quelque lésion métritique cervicale dont l'orifice aura été une des nombreuses variétés d'infection utérine venue du dehors, se propageant au col déjà très petit de la cavité utérine gauche, et déterminant une atrésie de ce col.

« Le col droit a été régulier, un peu déchiré chez notre malade ; nous croyons donc que, dans le cas particulier, l'atrésie est due à quelque lésion infectieuse ».

CONCLUSIONS

L'hématométrie acquise fait suite :

1° Soit à une malformation acquise du vagin.

2° Soit à une sténose pathologique de l'orifice du col utérin.

I. — La malformation du vagin consiste en un rétrécissement serré qui ne permet plus le passage du sang d'origine menstruelle. Ces rétrécissements acquis du vagin reconnaissent pour cause :

a) Un accouchement antérieur compliqué soit d'une grande déchirure du col, soit d'attrition des parois du vagin.

b) Un traumatisme local compliqué de déchirure du vagin.

c) Une infection (blennorrhagie, variole, etc...).

II. — La sténose de l'orifice du col utérin est consécutive, le plus souvent, à une exocervicite (inflammation de la partie externe vaginale du col), qui donne des ulcérations se cicatrisant secondairement et obturant cet orifice. Quand on traite ces exocervicites par des applications un peu intempestives de caustiques (filhos, néofilhos, etc...), on peut voir des ulcérations se former et aboutir au même résultat que dans le cas précédent.

Des tumeurs utérines (néoplasmes ou fibromes) peu-

vent fermer l'orifice interne ou externe du col et arrêter ainsi le cours du sang.

Nous avons essayé d'établir la fréquence respective de ces différents facteurs d'après nos observations :

Observations II, III et XI. — Hématométries d'origine inflammatoire.

Observations IV et V. — Hématométries à la suite d'accouchements laborieux.

Observations VI, VII, VIII. — Oblitérations de l'orifice du col par des néoplasmes.

Observations IX et X. — Sténoses de l'orifice du col à la suite de cautérisations.

Observations I et XII. — Hématométries d'étiologie inconnue.

Les complications sont de deux ordres :

1° Rupture de la poche hématométrique (observation VI).

2° Infection secondaire de cette poche (complication ne figurant pas dans nos observations, mais signalée par d'autres auteurs).

Le traitement est exclusivement chirurgical.

1° La ponction de la poche par voie vaginale n'est pas toujours facile, à cause des sténoses étendues. D'ailleurs, cette ponction n'est qu'un moyen palliatif, n'empêchant pas la récurrence (par cicatrisation du trajet du trocart). On peut compléter la ponction par des inci-

sions avec suture bi-muqueuse, c'est-à-dire suture de la muqueuse de la poche utérine à la muqueuse vaginale.

2° Dans les hématométries compliquées d'hématosalpinx, l'hystérectomie est indiquée, car la simple ponction peut laisser subsister le contenu des trompes.

Dans le cas d'hématométrie latérale, le traitement dépend de la variété de la malformation. Il faut toujours faire la laparotomie.

La méthode du traitement, mutilatrice (hystérectomie totale) ou conservatrice et réparatrice (exérèse de la partie utérine hématométriée), sera déterminée par de nombreuses conditions passées en revue dans le chapitre du « traitement ».

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ARETA. — Hematocolpos y hematocolpometra for sinequi humenial. *Semana medica*, 2, 237, juillet 1926.)
- ARETA. — Hematometra for occlusion del cuell o. (*Semana medica*, 1, 930, 12 avril 1928.)
- BARNOTTE. — (Cité par PUECH.)
- BINET. — Complication d'une gynatrésie chez une femme de 48 ans. (*Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, 17 mars 1928.)
- BINET. — La vie sexuelle de la femme. Un vol. *L'Expansion scientifique française*, édit., 1932.
- BURGER (S.). — *Soc. de Gyn. et d'Obst.*, février 1932.
- CALBAT. — Des malformations accidentelles ou acquises du vagin au point de vue obstétrical. (*Thèse de Nancy*, 1899.)
- DASSONVILLE. — Sur les suites obstétricales dans les cas de rétention menstruelle totale avec dilatation de tout l'arbre génital (hématocolpos, hématométrie, hémato-salpinx, d'après un cas personnel traité après radiographie par injection d'huile opaque), Suivie d'une grossesse et d'un accouchement normaux. (*Faculté de Médecine de Montpellier*, thèse soutenue pendant XX années (1925-1926).
- DEBRAUD. — Rétrécissement du conduit vulvo-vaginal. (*Thèse de Paris*, 1884.)
- DELAUNAY. — Etude sur le cloisonnement transversal du vagin. (*Thèse de Paris*, 1877.)

DUPUYQREN (cité par PUECH). — *Journal de Médecine et de Chirurgie pratique*, 1830, t. I, p. 336.

GUILLEMIN. — Des cloisonnements du vagin, d'origine congénitale, par brides, cloisons complètes et incomplètes. (*Thèse de Nancy*, 1920-1921.)

GUTTIEREZ (A.). — Hematometra y hematosalpinx doble consecutivo a atresia total de la vagina y porcion inferior del utero. (*Rev. de Cir.*, 7, 369, août 1928.)

GUYOT, JEANNENEY, VARRIN. — Pyométrie et hématométrie dans le cancer du col, avant et après curiethérapie. (*Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, 17, 249, mars 1928.)

GROSS. — Hématométrie et hémato-colpos dans le cas de duplicité du canal génital. (*Thèse de Nancy*, 1900.)

HELLMUTH (K.). — Beitrag zur operativen behandlung der hematometra und des Hamatocolpos unilateralis bei Uterus duplex und vagina duplice mit einseitiger atresie. (*Klin. Woch.*, 2, 1604, 20 août 1923.)

IRIBARNE (J.) et CONTRERAS ORTIZ. — Hematometria y fibroma. (*Revista de cirurgia*, 7, 93, février 1928.)

LIEPMANN. — Aetzstriktur der cervix. (*Gesellsch. für Geb. und Gyn.*, zu Berlin, 8 juillet 1910, in *Zeitschrift für Geb. und. Gyn.*, t. LXVIII, 1^{er} fascicule, p. 160.)

LYON. — Essai sur les rétrécissements du vagin congénitaux et acquis. (*Thèse de Paris*, 1887.)

MACÉ. — Contribution à l'étude du diagnostic et du traitement de la rétention des règles par atrésie de l'hymen, du vagin ou du col de l'utérus. (Paris, 1920.)

MAGENDIE (Husté). — Etude sur le cloisonnement transversal du vagin. (Paris, 1894.)

MAQUART. — Contribution à l'étude des rétrécissements du vagin. (*Thèse de Paris*, 1919-1920.)

MURAND. — Des cautérisations du col de l'utérus, avec le caustique de Filhos, dans leurs rapports avec la gestation et l'accouchement. (*Thèse de Paris*, 1925.)

NEUGEBAUER. — (Cité par THÖMA.)

PUECH. — De l'atrésie des voies génitales de la femme. (Paris, 1864.)

PURSLow (E.-C.). — A case of unilateral haematokolpos, haematometra and haematosalpinx. (*Journal of Obstetric and Gynecology of the British Empire*, 29, 643.)

POZZI. — Traité de gynécologie.

POZZI. — *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*.

SCHRÖDER (VON). — *Zeithschrift f. Geb. und Gyn.*, 1882, Bd VII, page 202.

SCHRÖDER (VON). — *Handbuch der Krankheiten des weiblichen Geschlechtsorgane*, 11^e édition, 1893.

SIMON. — Hematometra report of 23 cases. (*Surg. Gyn. Obst.*, 356, septembre 1928.)

THÖMA. — Zur Aetiologie der gynatresien. (*Monatschrift für Geb. und Gyn.*, 1913.)

TABLE DES MATIÈRES

	PAGES
INTRODUCTION	5
ETIOLOGIE	7
ANATOMIE PATHOLOGIQUE (description des lésions) . .	13
SYMPTÔMES	19
DIAGNOSTIC	25
PRONOSTIC	33
TRAITEMENT	37
OBSERVATIONS	49
CONCLUSIONS	67
BIBLIOGRAPHIE	71

Vu :

Nancy, le 17 Juillet 1933.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
HOCHÉ.

Vu :

Nancy, le 17 Juillet 1933.

Pr LE DOYEN,
L'Assesseur délégué,
R. COLLIN.

Vu et permis d'imprimer :

Nancy, le 18 Juillet 1933.

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE NANCY,
BRUNTZ,

Président du Conseil de l'Université.

